

様式第3号（第6条関係）

上天草市一般不妊治療受診等証明書

次の者について、不妊症と診断し、人工授精を実施しましたので、これに係る医療費を次のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関 名 称
所在地
主治医氏名

㊞

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

| 受診者氏名 | 夫 | | 妻 | |
|----------------------|------------------|------------------|-------|-----------|
| 生年月日 | | 年 月 日（ 歳） | | 年 月 日（ 歳） |
| 1年度における人工授精の実施状況（※1） | | | | |
| No | 実施年月日 | 治療にかかった金額（保険診療分） | | |
| | | 診療点数 | 本人負担額 | |
| 1 | 人工授精年月日 年 月 日 | | 円 | |
| 2 | 人工授精年月日 年 月 日 | | 円 | |
| 3 | 人工授精年月日 年 月 日 | | 円 | |
| 4 | 人工授精年月日 年 月 日 | | 円 | |
| 5 | 人工授精年月日 年 月 日 | | 円 | |
| | | 合計 | 円 | |

※1 「1年度における人工授精の実施状況」には、4月から翌年3月分までの診療分を記入してください。

※2 「治療要した金額」には、人工授精（医療保険関係法令に基づく給付の対象となるものに限る。）に係る金額を記入してください。ただし、文書料、個室料等の人工授精に直接関係のない費用は、含めないでください。